

様式第6号(第9条関係)

ひとり親家庭医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

福島市長

住 所

申請者 氏名

電 話 ()

ひとり親家庭医療費受給者証を
破 損
汚 損
紛 失
したので、再交付を申請します。

受給者証番号				
受給者	氏 名		生年月日	
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ		